

The cover of the journal 'Actualidad Jurídica Iberoamericana' features a photograph of a courtyard. In the foreground, a bronze statue of a man in a long coat and cap stands on a stone pedestal. The pedestal has an inscription that reads: 'JUAN VIVES', 'FUNDADOR DEL INSTITUTO DE DERECHO IBEROAMERICANO', '1884-1964', 'DISEÑADO POR JUAN VIVES', 'REALIZADO POR JUAN VIVES'. The courtyard is paved with stone tiles and has a colonnade of white columns. A balcony with a white balustrade is visible in the background.

ACTUALIDAD JURÍDICA IBEROAMERICANA

Revista semestral del Instituto de Derecho Iberoamericano
Número 8, febrero de 2018

Revista de Actualidad Jurídica Iberoamericana

Edita: Instituto de Derecho Iberoamericano

Calle Luis García Berlanga, núm. 7, 1-15

Valencia, España. 46023.

Correo Electrónico: info@idibe.com

Dirección web:

www.idibe.com

Director General:

José Ramón de Verda y Beamonte

j.ramon.de-verda@uv.es

ISSN 2386-4567

© Derechos Reservados de los Autores

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y RESPONSABILIDAD MÉDICA

INFORMED CONSENT AND MEDICAL LIABILITY

Dr. JAVIER BARCELÓ DOMÉNECH
Catedrático de Derecho Civil
Universidad de Alicante
j.barcelo@ua.es

RESUMEN: El reconocimiento del derecho a la información del paciente y del deber de obtener su consentimiento ha supuesto un cambio en el modo de ejercer la medicina. La no obtención del consentimiento informado es causa de responsabilidad profesional, aun a pesar de haber cumplido con el resto de obligaciones médicas y cuidados del paciente. El Tribunal Supremo español considera que la obligación de la información es un elemento esencial de la “lex artis”. Este trabajo analiza esta amplia visión de la jurisprudencia española y los casos en los que la infracción del consentimiento informado da lugar a responsabilidad civil.

PALABRAS CLAVE: Responsabilidad civil; consentimiento informado; autonomía; derecho de los pacientes.

ABSTRACT: The recognition of the right of patient's information and of the duty to obtain his consent has supposed a change in the way of exercising the medicine. Not obtaining of the informed consent is a reason for professional liability, still in spite of having executed the rest of medical duties and taken care of the patient. The Supreme Spanish Court thinks that the duty of information is an essential element of “lex artis”. In this work we analyse this wide vision of the Spanish courts and the cases in which the infringement of the informed consent gives rise to civil liability.

KEY WORDS: Tort Law; informed consent; autonomy; rights of patients.

FECHA DE ENTREGA: 22/09/2017/ FECHA DE ACEPTACIÓN: 12/12/2017.

SUMARIO: I. RAZÓN DE ESTE TRABAJO.- II. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y RESPONSABILIDAD MÉDICA.- 1. La emergencia de los derechos de los pacientes y, en particular, del derecho al consentimiento informado.- 2. El plano constitucional.- 3. El plano civil.- A) Regulación dispersa del consentimiento informado.- B) Integración del consentimiento informado en la *lex artis*. Los casos de responsabilidad civil por infracción del consentimiento informado.- a) La STS (Sala 1ª) de 8 de septiembre de 2015.- b) La STS (Sala 1ª) de 8 de abril de 2016.- C) Apunte de Derecho portugués: el *leading case* del *Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça* de 2 de junio de 2015.

I. RAZÓN DE ESTE TRABAJO.

Las líneas que siguen corresponden a la versión escrita de mi ponencia en el *IV Congreso Internacional sobre los Derechos de la Personalidad: derechos de la personalidad y responsabilidad civil en el ámbito sanitario*, celebrado en la Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia el pasado día 25 de abril de 2017.

El tema de mi ponencia fue el de “consentimiento informado y responsabilidad médica”, dos figuras estrechamente relacionadas en el ámbito del Derecho médico¹, caracterizado, como bien sabemos, por esta interacción que se da entre lo jurídico y lo médico. Antes de analizar el punto en el que convergen, es decir, los casos de responsabilidad civil médica por infracción del consentimiento informado, realizaremos un breve recorrido por la teoría general del consentimiento informado, que conecta directamente con los derechos de la personalidad objeto de este Congreso, efectuando algunas observaciones de Derecho comparado, aprovechando la presencia entre nosotros del Director del *Centro de Direito Biomédico* de la Universidad de Coimbra, el Dr. André Dias Pereira.

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y RESPONSABILIDAD MÉDICA.

1. La emergencia de los derechos de los pacientes y, en particular, del derecho al consentimiento informado.

El derecho a ser informado que tiene el paciente, como paso previo a la emisión de su consentimiento al tratamiento médico, constituye uno de los grandes logros del Derecho médico de las últimas décadas. El usuario de los servicios sanitarios no solamente demanda del facultativo unos cuidados conformes según la ciencia, sino que también quiere ser informado de manera completa y clara sobre su estado de salud y la actuación que precisa. Información y consentimiento quedan así

¹ Hay múltiples denominaciones: Derecho sanitario, Derecho de la Salud, Bioderecho, etc. Sobre el tema, *vid.*, ampliamente, DIAS PEREIRA, A.G.: “A emergência do Direito da Saúde”, *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, 2016, jul/set, 5(2), pp. 180 y ss.

íntimamente vinculados: de ahí la denominación de “consentimiento informado” que emplea tanto el legislador como la jurisprudencia.

El fundamento del consentimiento informado está en la idea de autonomía individual del paciente y el estímulo a la toma de decisiones racionales. Se trata de decidir con el paciente y no por él desde la superioridad del criterio médico. La información y el consentimiento informado no son una concesión gracieable del médico, sino un auténtico derecho del paciente². Una consecuencia de ello es, precisamente, que un número apreciable de sentencias en materia de responsabilidad civil médica versan sobre la falta de información.

En esta nueva situación, vista en un primer momento como una injerencia distorsionadora³, los médicos han terminado por ajustar su actuación al cumplimiento de los deberes de información y obtención del consentimiento informado, aunque exigiendo en la práctica la firma del consentimiento hasta para las operaciones o tratamientos más sencillos, lo que denota cierta actitud defensiva⁴. Sin desconocer los problemas de la práctica médica y hospitalaria diaria⁵, es

² Sobre la emergencia de los derechos de los pacientes, como uno de los signos de la evolución de las últimas décadas en el contexto cultural de la medicina occidental, *vid.* DIAS PEREIRA, A.G.: *Direitos dos pacientes e responsabilidade médica*, Coimbra, 2015, pp. 371 y ss.

³ El consentimiento informado es, sin duda, ajeno a la tradición médica, que lo ha venido desconociendo a lo largo de su historia, porque esa tradición ha tenido un carácter esencialmente paternalista (“todo por el paciente, pero sin el paciente”) y en atención a ese tono paternalista resultaba que la relación entre el médico y el paciente era de carácter fundamentalmente vertical; se consideraba que la actuación del médico estaba inspirada por el principio de beneficencia según el cual el médico tenía amplias facultades para actuar sin contar con la voluntad del paciente, y ello sobre la base de que como nadie deseaba mantenerse en un estado de ausencia de salud, debía aceptarse cualquier acto que tendiera a conseguir la curación o el alivio de las dolencias; para ello, el médico ponía todo su saber y todo su poder en supuesto beneficio del enfermo no dudando en utilizar cualquier argucia (y aun en ciertos casos empleando, incluso la coacción y el engaño) y actuando, a veces, con la complicidad del enfermo. *Vid.* este planteamiento en GUERRERO ZAPLANA, J.: *El consentimiento informado. Su valoración en la jurisprudencia*, Valladolid, 2004, pp. 39 y 40. Sobre la evolución en la comprensión de la medicina desde el modelo hipocrático tradicional hasta el modelo predominante en la actualidad, basado en la afirmación del valor de la autonomía individual y que suele denominarse modelo del consentimiento informado, *vid.* ALEMANY, M.: “El paternalismo médico”, en *Derecho Sanitario y Bioética. Cuestiones actuales* (coords. M. GASCÓN ABELLÁN, M.C. GONZÁLEZ CARRASCO y J. CANTERO MARTÍNEZ), Valencia, 2011, pp. 745 y ss.; JÓLLUSKIN, G., y TOLDY, T.: “Autonomía e consentimiento informado: um exercício de cidadania?”, *Antropológicas*, 2011, núm. 12, pp. 44 y ss.

⁴ El principio de autonomía conlleva también sus propios riesgos, siendo el mayor de ellos el que se ha dado en llamar medicina defensiva, mediante la cual el médico, para evitar en la medida de lo posible conflictos de tipo legal, no actúa en pleno y libre ejercicio de su profesión, sino que utiliza exploraciones y criterios científicos, en ocasiones excesivos y que, aun siendo válidos, suponen fundamentalmente un apoyo judicial en vistas a una posible responsabilidad por ejercicio de la práctica clínica, lo que en muchas ocasiones va en detrimento del paciente, del propio profesional y del presupuesto sanitario del país. Al respecto, PALOMARES BAYO, M., y LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERRANA, J.: *El consentimiento informado en la práctica médica y el testamento vital*, Granada, 2002, p. 8.

⁵ Los médicos están sometidos a la influencia de gestores (públicos o privados), que inciden con sus recortes y burocracia en la relación. Se tiene menos tiempo para atender al enfermo (al que muchas

aconsejable que los profesionales realicen todo el esfuerzo que esté en sus manos para informar al paciente, porque si el consentimiento informado se presta correctamente difícilmente van a ser condenados si su actuación se ajustó al estado de la ciencia médica.

Los ordenamientos portugués y español confieren una amplia tutela al derecho de autodeterminación de la persona, tanto en el plano constitucional como en el plano penal, civil y de la legislación sanitaria. Aquí vamos a estudiar la cuestión desde el punto de vista de los derechos fundamentales (plano constitucional) y de la legislación civil ordinaria. No perdamos tampoco de vista la influencia e impulso dado por normas internacionales, como la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, donde se afirma en su art. 3 que en el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular “el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la ley”, y el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo), en cuyos arts. 5 y siguientes se realiza una regulación detallada del consentimiento, partiendo de la regla general de que “una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento”

Veamos, pues, los planos constitucional y civil⁶.

2. El plano constitucional.

Las prestaciones sanitarias inciden en un ámbito de la persona que resulta especialmente sensible desde el punto de vista de los derechos fundamentales; la asistencia sanitaria afecta a la salud, a la integridad física, incluso a la vida, pero también puede incidir en otros derechos fundamentales, como la libertad religiosa, la libertad ideológica o el derecho a la intimidad personal.

En Portugal, el art. 25.1 CRP proclama que la integridad moral y física de las personas es inviolable. Este derecho se desdobra en el derecho a la integridad física y en el derecho a la integridad moral de cada persona, y para la doctrina portuguesa esencialmente se traduce en “un derecho a no ser agredido u ofendido en cuerpo o en espíritu por medios físicos o morales”⁷; no hay duda, pues, que el derecho al consentimiento libre e informado, en cuanto dimensión del derecho a la integridad

veces ni se le explora) y se le recibe con una pantalla de ordenador de por medio. Esto influye en el tiempo de relación, que es mínimo, y lógicamente también en la transmisión de la información.

⁶ Un desarrollo del tema puede verse también en BARCELÓ DOMÉNECH, J.: “Consentimiento informado en el plano constitucional y civil: las experiencias jurídicas portuguesa y española”, en *Direito na Lusofonia Vol. II. Diálogos constitucionais no espaço lusófono*, 3º Congreso Internacional de Direito na Lusofonia, Braga, 2016, pp. 63 y ss.

personal, está consagrado en el plano constitucional. En realidad, de la dignidad humana (art. 1 CRP) trae causa la inviolabilidad de cada persona; de este modo, uno de los derechos que se derivan de la dignidad del ser humano es el de la autodeterminación, que no se extingue por alteraciones en la salud⁸.

En España, el fundamento jurídico-constitucional del derecho al consentimiento informado reside también en los derechos a la vida, a la integridad física y a la integridad moral (art. 15 CE)⁹, si bien estos derechos, como todos los derechos fundamentales, tienen su antecedente más remoto en los principios de dignidad de la persona y libre desarrollo de la personalidad (art. 10 CE). Aun cuando no contiene el art. 15 CE una referencia expresa al consentimiento informado, se considera que el mismo es inherente al derecho fundamental a la integridad física, tal y como señala el Tribunal Constitucional en una importante sentencia de 28 de marzo de 2011¹⁰.

Ciertamente, las prestaciones sanitarias inciden y afectan a la vida y a la integridad física, pero en los últimos tiempos se ha demostrado que pueden también poner en tela de juicio otros derechos fundamentales, como el derecho a la intimidad personal (art. 18 CE), tal y como sucedió con las charlas informativas de 2014 del Hospital Doctor Peset de Valencia: reuniones colectivas de oftalmología y obstetricia, en las

⁷ CANOTILHO, G. y MOREIRA, V.: *Constituição da República Portuguesa Anotada*, Coimbra, 2007, p. 455.

⁸ Sobre el particular, DIAS PEREIRA, A.G.: *Direitos dos pacientes*, cit., p. 405.

⁹ Como dice MAGDALENO ALEGRÍA, A.: “Algunas consideraciones constitucionales en torno a la autonomía del paciente. Sobre la necesidad de adaptar el ordenamiento jurídico español a las garantías de los derechos fundamentales”, en *Autonomía del paciente e intereses de terceros: límites* (dir. M. L. ARCOS VIEIRA), Pamplona, 2016, p. 310, “el consentimiento o rechazo de los tratamientos médicos como manifestación de la autonomía del paciente forman parte del haz de facultades preservadas por el derecho a la integridad física y moral (art. 15 CE) entendido como garantía de la autodeterminación del propio sustrato corporal en el ámbito médico”.

¹⁰ STC 37/2011, 28 de marzo (BOE de 28 de abril de 2011). En concreto, se dice: “Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamiento que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Esta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pueda conducir a un resultado fatal (STEDH de 29 de abril de 2002, caso Pretty c. Reino Unido, § 63), y también por este Tribunal (STC 154/2002, de 18 de julio, FJ 9)” [FJ 5]; y más adelante: “La información previa, que ha dado lugar a lo que se ha venido en llamar consentimiento informado, puede ser considerada, pues, como un procedimiento o mecanismo de garantía para la efectividad del principio de autonomía de la voluntad del paciente y, por tanto, de los preceptos constitucionales que reconocen derechos fundamentales que pueden resultar concernidos por las autoridades médicas, y, señaladamente, una consecuencia implícita y obligada de la garantía del derecho a la integridad física y moral, alcanzando así una relevancia constitucional que determina que su omisión o defectuosa realización puedan suponer una lesión del propio derecho fundamental” [FJ 5].

Esta sentencia estima un recurso de amparo, centrándose en determinar la lesión que la falta de información ha podido suponer respecto a la integridad física protegida por el art. 15 CE, demostrando así que la tutela de ciertos intereses puede tener amparo en el concepto de derecho fundamental cuando esta es la única vía para su defensa, una vez agotadas las instancias judiciales.

que se obtenía el consentimiento informado del paciente para una posterior operación, vulnerando así (al margen de la irregular transmisión de la información y obtención del consentimiento) la intimidad de los usuarios de la sanidad pública¹¹.

En consecuencia, son de aplicación todas las garantías normativas y jurisdiccionales que poseen los derechos fundamentales en los ordenamientos español y portugués.

3. El plano civil.

A) Regulación dispersa del consentimiento informado.

La fundamentación civil del consentimiento informado presenta diferencias en España y en Portugal, derivadas en buena parte del hecho de la ausencia en el Código civil español de 1889 de una categoría de los derechos de la personalidad.

En efecto, mientras desde el art. 70 C.c. la doctrina portuguesa maneja el derecho general de la personalidad (derecho fuente) y la previsión más específica del derecho especial de la personalidad a la integridad física y moral, con el que se relaciona el derecho a la libertad de voluntad y autodeterminación¹², el camino español es bien distinto, pues consiste en el recurso al catálogo de derechos fundamentales de la Constitución, que se traslada hasta el Derecho civil para construir precisamente la categoría de los derechos de la personalidad.

A partir de ahí, el consentimiento informado figura disperso por el ordenamiento, tanto en Portugal como en España, muchas veces en normas de naturaleza mixta civil y administrativa.

En el caso portugués, destaca la norma 15/2913 de 3 de octubre de 2013, emanada de la Direção-Geral da Saúde¹³, al margen de otras referencias en la Ley 48/1990, de 24 de agosto, de Bases de la Salud, en la Ley 15/2014, de 21 de marzo, de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema de Salud y en normas específicas de sectores concretos (ensayos clínicos, donación de órganos, etc.).

La regulación española es todavía más dispersa. No sólo por la convivencia entre una regulación general y normas específicas en ámbitos concretos (al igual que vimos antes, caso, por ejemplo, de los ensayos clínicos o la donación de órganos), sino por la distribución de competencias entre Estado y Comunidades Autónomas, que se traduce en la existencia de normativa autonómica y normativa estatal. La principal referencia, a nivel estatal, se encuentra actualmente la Ley 41/2002, de 14

¹¹ *Vid.* la noticia.

¹² Sobre este planteamiento, DIAS PEREIRA, A.G.: *Direitos dos pacientes*, cit., p. 406.

¹³ Al respecto, GIRÃO, F. y DIAS PEREIRA, A.G.: “O consentimento informado. A norma 15/2013”, en *Escritos de Direito da Saúde. Excelência em Saúde* (coord. A.G. DIAS PEREIRA), Coimbra, Lisboa, 2016, pp. 131 y ss., que realizan una lectura crítica de la norma 15/2013.

de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ¹⁴. El consentimiento informado es definido en el art. 3 como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”¹⁵, y conforme al art. 10 la información básica que el facultativo debe facilitar al paciente, antes de recabar el consentimiento, debe hacer referencia a los siguientes aspectos: a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad; b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente; c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención; d) Las contraindicaciones.

B) Integración del consentimiento informado en la lex artis. Los casos de responsabilidad civil por infracción del consentimiento informado.

La información sobre los riesgos de la actividad médica constituye un tema de gran actualidad, y destaca, en particular, los casos, ciertamente numerosos en la jurisprudencia, en los que la deficiente (o inexistente) información sobre los riesgos da lugar a responsabilidad civil, al margen de la corrección de la actuación médica desde el punto de vista técnico¹⁶. Son estos los casos en los que fijaremos la atención, señalando la jurisprudencia más reciente, que marca ya una línea consolidada respecto a su identificación (reclamaciones basadas en la infracción del derecho a la información), aunque con la asignatura todavía pendiente de los

¹⁴ El carácter de “básica” de esta ley deriva del art. 149.1.16 CE, que otorga al Estado competencia exclusiva respecto a las bases y coordinación de la sanidad.

Con anterioridad, la referencia normativa estaba en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

En cualquier caso, el consentimiento ya debía estar presente en todo acto médico de conformidad con los arts. 7.1, 1.258 y 1.261 C.c. Sobre ello, GALÁN CORTÉS, J.C.: “Consentimiento informado”, en *Derecho Sanitario y Bioética. Cuestiones actuales* (coords. M. GASCÓN ABELLÁN, M.C. GONZÁLEZ CARRASCO, y J. CANTERO MARTÍNEZ, Valencia, 2011, p. 364.

¹⁵ Esta definición es, por sí sola, buena muestra de la transformación de la relación médico-paciente.

En efecto, es un lugar común señalar cómo el enfermo ha dejado de ser el objeto del tratamiento, sometido al poder omnímodo del médico, a quién competía la toma de decisiones sin contar con la opinión o consentimiento de aquél, con el solo objetivo de procurar su curación. En cambio, hoy se le reconoce la facultad de decisión última, salvo en muy contados supuestos de urgencia, incapacidad o en que puede serle impuesta una cierta actividad terapéutica. Sobre el particular, GUERRERO ZAPLANA, J.: *El consentimiento*, cit., p. 42.

¹⁶ Es decir, hay casos en que se condena por falta de información, siendo la actuación correcta desde el punto de vista estrictamente técnico; y hay casos en que se condena tanto por falta de información como por actuación negligente. Entre los segundos, conviene destacar la STS (Sala 3ª) de 26 de marzo de 2012 (ROJ: STS 2078/2012), en la que se concede indemnización por dos conceptos: 60.000 € por falta de información sobre los riesgos del parto por cesárea (se conceptúa como daño moral) y 1.000.000 € por actuación médica negligente (fallecimiento).

criterios de cuantificación del daño, cuyos perfiles, a nuestro juicio, deberían estar más clarificados¹⁷.

La responsabilidad recaerá sobre el médico y también sobre los centros privados, mientras que en el caso de la medicina pública se actuará por la víctima solamente contra la Administración¹⁸, sin perjuicio de que esta última repita contra el médico en vía de regreso¹⁹.

El Tribunal Supremo español viene entendiendo que el deber de información es elemento esencial de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médica y está incluido dentro de la obligación asumida por el médico. La obligación de informar y la de obtener el consentimiento se configuran como un elemento más del arte médico, por lo que su omisión puede dar lugar a un derecho de indemnización a favor del paciente y ello con independencia de si la actuación sanitaria se realizó o no correctamente, pues como se dice en la STS (Sala 1ª) de 12 de abril de 2016²⁰ “una cosa es que la actuación del médico se lleve a cabo con absoluta corrección y otra distinta que la reprochabilidad pueda basarse en la no intervención de un consentimiento del paciente o sus familiares debidamente informado por el médico”.

Antes de pasar al estudio de esta jurisprudencia, convendría dejar anotado que en la doctrina se alzan voces contrarias a este proceder del Tribunal Supremo y se aboga

¹⁷ Sobre los problemas a la hora de determinar la cuantía indemnizatoria, vid., recientemente, SARDINERO GARCÍA, C.: *Responsabilidad administrativa, civil y penal por falta de información en el ámbito clínico. Criterios indemnizatorios*, Valencia, 2016, pp. 267 y ss.

¹⁸ Hay, pues, una doble regulación, con un régimen jurídico distinto. En el caso de la medicina privada, la normativa se encuentra principalmente en el Código civil, arts. 1.101 y ss. para la responsabilidad contractual, y arts. 1.902 y ss. para la responsabilidad extracontractual. En el caso de la medicina pública, la regulación básica de la responsabilidad de las Administraciones Públicas se contiene en la Ley del Sector Público de 2015, concretamente en su Capítulo IV de su Título Preliminar; esta ley deroga así en esta materia a la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común, aunque existe, como bien señala la doctrina (así, ESTEVE PARDO, J.: *Lecciones de Derecho Administrativo*, Madrid, 2015, p. 297), una clara continuidad en los contenidos, manteniéndose inalterados los preceptos más importantes.

¹⁹ La Administración, una vez satisfecha la indemnización (a la que ha sido condenada por los tribunales, o bien por haberla asumido la propia Administración al resolver el procedimiento administrativo previo a la vía judicial), exige de oficio a sus autoridades y demás personal a su servicio la responsabilidad en que hubieren incurrido por dolo, culpa o negligencia graves.

Concretamente, señala el art. 36.2 LSP:

“La Administración correspondiente, cuando hubiere indemnizado a los lesionados, exigirá de oficio en vía administrativa de sus autoridades y demás personal a su servicio la responsabilidad en que hubieran incurrido por dolo, o culpa o negligencias graves, previa instrucción del correspondiente procedimiento.

Para la exigencia de dicha responsabilidad y, en su caso, para su cuantificación, se ponderarán, entre otros, los siguientes criterios: el resultado dañoso producido, el grado de culpabilidad, la responsabilidad profesional del personal al servicio de las Administraciones públicas y su relación con la producción del resultado dañoso”.

²⁰ ROJ: STS 1624/2016.

por una conceptualización autónoma de cada obligación: la de información, por una parte, y la asistencial o de actuar según el estado de la ciencia, por otra²¹.

En la misma línea de separar ambas esferas, se pronuncia el *Supremo Tribunal de Justiça* portugués, remitiéndonos a los dos sentencias que veremos en el último apartado de este trabajo.

Nos detenemos, ahora, en dos sentencias del Tribunal Supremo de 8 de septiembre de 2015 y 8 de abril de 2016.

a) La STS (Sala 1ª) de 8 de septiembre de 2015.

La STS (Sala 1ª) de 8 de septiembre de 2015²² constituye uno de los ejemplos más recientes de la línea jurisprudencial que integra el deber de información en la *lex artis*. También presenta interés por declarar inequívocamente la responsabilidad civil, no por una intervención quirúrgica defectuosa, sino como consecuencia de la omisión del deber de información, pues debió conocer la paciente que existía un alto porcentaje de fracaso (entre el 40 y el 60%) en la operación de reducción gástrica.

Los hechos pueden resumirse del siguiente modo: Doña Teresa presenta demanda contra Don Gustavo (médico) y la compañía aseguradora, solicitando que se dicte condena al pago de 70.000 €, más los intereses legales correspondientes. Alega la demandante que fue intervenida por laparoscopia para reducción de estómago mediante la colocación de una banda gástrica, sin que se le advirtiera de la posibilidad de fracaso de la técnica, ni de sus posibles efectos adversos y con coste de 6.000 €; la operación no tuvo el efecto deseado y volvió a engordar, sufriendo cólicos y una segunda operación en la que se apreció que la banda estaba incrustada en el estómago y tuvo que ser extraída con un coste de 14.000 €.

²¹ Para SÁNCHEZ GÓMEZ, A.: “La información al paciente y el consentimiento informado en el Derecho español. Referencia legal y jurisprudencial. La praxis médica”, *Aranzadi Civil-Mercantil*, núm. 8, diciembre 2014, p. 112, no está justificada la calificación jurisprudencial de la obligación de información como elemento esencial de la *lex artis*, ni como un deber incluido en la prestación principal de asistencia o cuidados médicos: “Con tal proceder, se cae en una conceptualización muy amplia de dicha obligación y de la propia *lex artis*, igual que ocurriría, si, por ejemplo, incluimos en tal concepto la revelación de datos de salud del paciente amparados por el secreto profesional. Es cierto que no informar al paciente debidamente, o revelar sus datos de salud sin justificación alguna comporta una mala praxis médica en sentido amplio. Pero verdad es, también, que la independencia y precisión con que se regula la información en la actualidad, así como su vinculación con el derecho a la autonomía decisoria del paciente en caso de cumplimiento correcto de la misma, avalan, a nuestro entender, la tesis de su consideración como una obligación distinta a la que integra la *lex artis*, *strictu sensu* e independiente de la principal de asistencia. Buena muestra de ello, es la posibilidad de cumplir ésta y la de incumplir, por el contrario, la de información”.

²² ROJ STS 3722/2015.

La demandante, en los fundamentos jurídicos, invoca la acción contractual, aunque también cita jurisprudencia sobre los requisitos del art. 1.902 C.c. Entiende que se produjo una defectuosa realización de la cirugía y omisión del deber de información, reclamando del médico y la aseguradora los costes citados (6.000 € y 14.000 €, importes de la primera y segunda operación), más 5.000 € en concepto de *pretium doloris* (dolor físico) y 45.000 € por daño moral.

El Juzgado de Primera Instancia estima íntegramente la demanda y condena solidariamente a los dos demandados al pago de 70.000 €, más intereses y costas.

Recurrida la sentencia en apelación, la Audiencia Provincial estima el recurso y desestima la demanda, con imposición de costas a la parte actora. Argumenta que ha quedado “suficientemente acreditado el incumplimiento del deber de información, pero no que haya sido generador de un daño que haya de ser indemnizado. No ha quedado suficientemente establecida la causa de la obesidad sobrevenida en 2007. La operación no fracasó, pues hasta el tercer año se mantuvo el objetivo perseguido y la actora perdió peso. No se prueban cólicos posteriores, ni tampoco que la causa de la recuperación de peso fuera que la banda quedara finalmente incrustada en el estómago. Se rompe el curso causal. No queda acreditada una defectuosa realización de la cirugía y la omisión del deber de información, suficientemente acreditada, no puede tenerse en cuenta, conforme a la doctrina jurisprudencial citada, para fijar una indemnización cuando no se acredita un resultado lesivo. La pérdida de oportunidad no genera responsabilidad cuando no se produce daño y, en este sentido, reiteramos que no queda acreditado que la recuperación de peso fuera debida a la operación, en tanto concurren otras posibles causas plausibles (no respetar la dieta, padecer un embarazo y un parto con diabetes gestacional y sufrir una litiasis biliar)”.

Contra la sentencia de la Audiencia interpuso la representación procesal de Doña Teresa recurso por infracción procesal, que alegaba infracción del art. 217 LEC y fue desestimado, y recurso de casación, que sí fue estimado y cuyo único motivo alegaba infracción del art. 10.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como del art. 15 CE y del art. 1.902 C.c., y la jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre las consecuencias de la inexistencia de consentimiento informado.

Conviene señalar que, en el momento en que se produjeron los hechos, estaba vigente el art. 10.5 de la Ley General de Sanidad, conforme al cual el paciente tiene derecho “a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”. No es, pues, un caso juzgado con base en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

El Tribunal Supremo entiende que el daño que fundamenta la responsabilidad resulta de haberse omitido la información previa al consentimiento y no de una intervención defectuosa.

A la hora de fundamentar la decisión, empieza el Alto Tribunal recordando que la jurisprudencia de la Sala Primera, de forma reiterada, “ha puesto de relieve la importancia de cumplir este deber de información del paciente en cuanto integra una de las obligaciones asumidas por los médicos, y es requisito previo a todo consentimiento, constituyendo un presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médica (SSTS de 2 de octubre de 1997; 29 de mayo y 23 de julio de 2003; 21 de diciembre de 2005, entre otras). Como tal, forma parte de toda actuación asistencial y está incluido dentro de la obligación de medios asumida por el médico (SSTS 25 de abril de 1994; 2 de octubre de 1997 y 24 de mayo de 1999). Se trata de que el paciente participe en la toma de decisiones que afectan a su salud y de que a través de la información que se le proporciona pueda ponderar la posibilidad de sustraerse a una determinada intervención quirúrgica, de contrastar el pronóstico con otros facultativos y de ponerla en su caso a cargo de un centro o especialistas distintos de quienes le informan de las circunstancias relacionadas con la misma”.

La falta de información, que el Tribunal Supremo entiende acreditada en el caso de Doña Teresa, “implica una mala praxis médica que no solo es relevante desde el punto de vista de la imputación sino que es además una consecuencia que la norma (se refiere al art. 10.5 Ley General de Sanidad) procura que no acontezca, para permitir que el paciente pueda ejercitar con cabal conocimiento (consciente, libre y completo) el derecho a la autonomía decisoria más conveniente a sus intereses, que tiene su fundamento en la dignidad de la persona que, con los derechos inviolables que le son inherentes, es fundamento del orden político y de la paz social (art. 10.1 CE), como precisa la Sentencia de 2 de julio de 2002”.

Es cierto, y así lo destaca la sentencia, que la falta de información no es por sí misma causa de resarcimiento pecuniario. Ahora bien, en este caso sí se materializa un riesgo del que no había sido informado Doña Teresa y que dará precisamente derecho a la indemnización: “Es hecho probado de la sentencia que fue necesaria una nueva intervención para conseguir la reducción de estómago y que hubo una vuelta a situación de obesidad a pesar de la intervención; extremo este del que no fue informada. Dice lo siguiente: “El perito Sr. Elías (f. 216 y ss.) coincide con su colega en que un alto porcentaje (para él del 40% o de 23 sobre 82, es decir, del 28%) de pacientes recupera peso”: y que “El documento de ‘consentimiento para intervención quirúrgica’ (f. 281), cumplimentado poco antes de la operación, no se presenta en su forma como un documento informativo sino de autorización o encargo y aunque se refiere que la intervención propuesta es de ‘reducción gástrica’, no especifica qué alcance tenía la intervención (banda, no seccionado gástrico, ni by-pass), ni la técnica que se iba a aplicar (laparoscopia) y, por ello, al decir que la paciente ‘ha sido informada de los riesgos y características de la intervención, así como del índice de reconversión’, no parece que ello sea suficiente para considerar cumplido el deber de informar (omitido en los documentos historiadados previos),

sobre todo si la ‘reconversión’(término de por sí poco claro) estaba situada entre el 40 y el 60% de los casos, por lo que habrá que convenir que la mera manifestación escrita, de puño y letra del propio doctor, de haber informado es insuficiente... El día del juicio, discuten los peritos si en 1997 ya era técnica aplicable la del by-pass u otras técnicas y si aún es o no procedente, en algunos casos, operar hoy introduciendo una banda, pero la cuestión no sería si la actora pudo escoger una u otra técnica, sino si tuvo o no la oportunidad de rechazar el tratamiento, tras conocer el elevado porcentaje de fracasos y si ello produjo daño o lesión; no cabe duda que con un tan alto porcentaje de fracaso (entre el 40 y el 60%) la obligación de información adquiriría importancia capital, para que la paciente pudiera decidir, con conocimiento de causa, si quería someterse o no a la intervención; pero lo fundamental es que la falta de información no habría alterado el resultado, que no fue bueno’.”.

Concluye el Tribunal Supremo que “el daño que fundamenta la responsabilidad resulta de haberse omitido una información adecuada y suficiente sobre las consecuencias de la intervención y de la materialización de un riesgo y la relación de causalidad se debe establecer entre la omisión de la información y la posibilidad de haberse sustraído a la intervención médica y no entre la negligencia del médico y el daño a la salud de la paciente. La actuación decisoria pertenece al enfermo y afecta a su salud y como tal es la información que recibe, lo que le permite adoptar la solución más favorable a sus intereses”. El Tribunal estima, pues, el recurso de casación, con el efecto de mantener en su integridad la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia.

b) La STS (Sala 1ª) de 8 de abril de 2016.

La STS (Sala 1ª) de 8 de abril de 2016²³ presenta interés, no solamente por constatar como infracción de la *lex artis ad hoc*²⁴ el hecho de no haber facilitado la adecuada información al paciente a fin de que pudiese valorar someterse o no a la intervención quirúrgica, sino también por la forma en que identifica el daño y procede a su cuantificación.

Los hechos son los siguientes: Don Erasmo formuló demanda de juicio ordinario, por responsabilidad contractual, contra Don Herminio, el Hospital General de Catalunya (respecto del que posteriormente desistió el actor) y la aseguradora.

²³ ROJ STS 1427/2016.

²⁴ La *lex artis* estaría integrada, *strictu sensu*, por un conjunto de reglas, principios o pautas según el estado de la ciencia o de los avances técnicos. Ahora bien, cada actuación médica debe adaptarse al tipo de procedimiento de que se trate, para lo que se acuña el término *lex artis ad hoc*. Sobre la diferenciación entre *lex artis* y *lex artis ad hoc*, con cita de jurisprudencia, *vid.* MONTSERRAT QUINTANA, A.: “El derecho a la salud y a las prestaciones sanitarias”, en *Nuevos Derechos fundamentales en el ámbito del Derecho privado* (dir. A. MONTSERRAT QUINTANA), *Cuadernos de Derecho Judicial*, VI-2007, Madrid, 2008, pp. 32 y ss.

Solicitaba una indemnización de 393.142,67 €, siendo en primera instancia estimada parcialmente la demanda y condenados Don Herminio y la aseguradora al pago de 60.101,21€. La sentencia fue posteriormente confirmada por la Audiencia, y el Tribunal Supremo no da lugar al recurso de casación; Don Erasmo, que fue el recurrente en todos los casos, intentó, sin éxito, combatir la cuantificación de la indemnización por el daño sufrido.

Antes de someterse a la intervención que se enjuicia, y a consecuencia de haber sufrido un grave golpe en la cabeza al lanzarse al mar en una cala de Menorca, Don Erasmo ya presentaba un cuadro de tetraplejia de grado medio-síndrome transversal completo por debajo de C-6 y, además, al quedar inválido de ambas piernas y precisar de por vida silla de ruedas, la situación era de dependencia relativa en cuanto padecía una tetraplejia por lesión medular completa e irreversible a partir de C-6, lo que le obligaba igualmente a necesitar adecuación y adaptación de la vivienda a las nuevas circunstancias. Es decir, la lesión ya existía, por imprudencia de Don Erasmo, y era grave y con evolución desfavorable.

La sentencia de instancia, que fue posteriormente confirmada por la Audiencia y el Supremo, partió de la adecuada praxis del acto médico quirúrgico e hizo descansar la responsabilidad del facultativo en la ausencia de información médica para conseguir del paciente el oportuno consentimiento. Teniendo en cuenta que la operación provocó un agravamiento en el estado del paciente, valora tal agravación en función de la ausencia de información debida sobre el riesgo inherente a la intervención o a la técnica operatoria empleada, y ponderando todas esas circunstancias fija el *quantum* indemnizatorio en la cantidad de 60.101,21 €, por haberse aumentado el grado de invalidez y por el dolor sufrido. Lo que se descarta es que, a partir del reconocimiento de la infracción de la *lex artis ad hoc*, se haga coincidir la indemnización del daño con la que derivaría de haberse apreciado una mala praxis en la intervención quirúrgica desarrollada.

El recurrente (Don Erasmo) pone en tela de juicio el importe de indemnización, derivado de la falta de adecuada información al paciente sobre los riesgos de la intervención, privándole de la oportunidad de valorarlos y de decidir con libertad y conocimiento de causa si consentía la operación. Pretende el recurrente la indemnización íntegra del perjuicio que se ha materializado, como si la culpa del médico hubiese consistido en una impericia técnica al practicar la intervención.

Para determinar el daño indemnizable, recuerda la Sala que tanto la jurisdicción civil como la contencioso-administrativa “se han ocupado de la omisión o deficiencia del consentimiento informado como una mala praxis formal del facultativo, en la que la relación de causalidad se establece entre la omisión de la información y la posibilidad de haber eludido, rehusado o demorado el paciente la intervención médica cuyos riesgos se han materializado”.

Distingue, seguidamente, la sentencia tres supuestos posibles: 1) Casos en los que, de haber existido información previa adecuada, la decisión del paciente no hubiera variado; en principio, no dan lugar a indemnización, sin perjuicio de que en ciertas circunstancias se pudiese determinar la existencia de un daño moral; 2) Casos en los que, de haber existido información previa adecuada, la decisión del paciente hubiese sido la de negarse a la intervención; al no existir incertidumbre causal, se concede la indemnización íntegra del perjuicio que se ha materializado; 3) Cuando no se da incertidumbre causal en los supuestos extremos que se han expuesto, surge la teoría de la pérdida de oportunidad, en la que el daño que fundamenta la responsabilidad resulta de haberse omitido la información previa al consentimiento y de la posterior materialización de un riesgo previsible de la intervención, privando al paciente de la toma de decisiones que afectan a su salud.

A la hora de identificar y cuantificar el daño, el Tribunal Supremo se apoya en la teoría de la pérdida de oportunidad, señalando que “supuso...una pérdida de oportunidad en esa franja intermedia de incertidumbre causal ante la verosimilitud de que hubiese consentido la intervención si se evalúan todas las circunstancias concurrentes”. Esas circunstancias concurrentes son: gravedad de la enfermedad, evolución natural de la misma, necesidad o no de la intervención y su novedad, sus riesgos y entidad de los que se han materializado, así como estado previo del paciente.

Concurre tanto daño corporal como moral. Respecto al primero, se afirma: “No cabe duda que ha existido un daño corporal, por cuanto se ha materializado inmediatamente a causa de la intervención la agravación de la invalidez que presumiblemente se alcanzaría más adelante y que la operación pretendía precisamente retrasar y aminorar”; respecto del segundo, se indica: “Tampoco existe duda del daño moral sufrido por el paciente a causa de la falta de información, ya que lo que parecía una intervención paliativa y conservativa rápida, desencadenó una notable agravación de su ya delicada situación causada por la tetraplejía que sufría, con el impacto psicológico fácilmente comprensible”.

Todas estas circunstancias fueron tomadas en cuenta por la sentencia recurrida, y por ello mismo no da lugar el Supremo al recurso de casación.

Para el Tribunal Supremo, “el daño indemnizable, puesto en relación con la mencionada ausencia de autonomía de la voluntad, consiste, pues, en que la evolución de la lesión, que se quiso ralentizar y minimizar, a causa de la operación quirúrgica se aceleró de forma casi inmediata”. Acreditado el daño (que es tanto corporal como moral), resulta aplicable la teoría de la pérdida de oportunidad (de haberse sustraído a la actuación médica, una vez conocidos sus riesgos) para modular, moderar o mitigar la cuantía indemnizatoria.

C) Apunte de Derecho portugués: el leading case del Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 2 de junio de 2015.

El *Supremo Tribunal de Justiça* de Portugal, en su sentencia de 2 de junio de 2015²⁵ (Magistrada Ponente Sra. Clara Sotomayor) afirma claramente la responsabilidad por violación del consentimiento informado, tratándose de un caso que deberá orientar la jurisprudencia futura, tanto en la jurisdicción civil como en la administrativa, ya que es el primer fallo en que se condena a un médico por violación del deber de obtener el consentimiento informado²⁶; antes de 2015, la cuestión se había planteado ante el STJ, al menos, en dos ocasiones, pero en ambas se absolvió.

Los hechos son los siguientes: la demandante presentaba cicatrices en la zona inguinal, que eran visibles cuando vestía traje de baño. Consultado un médico especialista en cirugía plástica, le recomendó una pequeña liposucción de la parte interna de los muslos, para utilizar el exceso de piel en una segunda intervención de *lifting crural* que tendría por objeto “subir” las cicatrices, que ya no serían visibles al ser tapadas por el traje de baño. Sometida a la primera operación proyectada, el médico verificó que la elasticidad de la piel de la región operada era inferior a la esperada, por lo que no sería suficiente para obtener el efecto deseado en la segunda operación, decidiendo en ese momento aprovechar algún tejido adiposo que se había extraído de la paciente e inyectarlo en los grandes labios (vulvoplastia), sin estar justificada esta última operación en ninguna necesidad urgente desde el punto de vista de la salud de la paciente.

Es decir, el médico fue contratado para realizar una determinada operación (“subida de cicatrices”) y, al no poder concretarla, decidió realizar otra operación (vulvoplastia) para la que no había sido autorizado, queriendo resolver otro problema diferente. Se modificó el proyecto operatorio, sin estar justificado en ninguna necesidad urgente de protección de la salud de la paciente²⁷. Hubo, además, complicaciones posteriores por causa de esta operación no autorizada, y de hecho la condena abarca tanto daños patrimoniales (derivados del agravamiento del estado de salud) como no patrimoniales (derivados de la violación del derecho a la autodeterminación), cifrándose la indemnización en 26.000 €, de los cuales 25.000€ corresponden al daño no patrimonial.

En el caso de autos, se constata que “los hechos indican de forma inequívoca que la intervención quirúrgica no fue objeto de consentimiento previo, que no pretendía evitar cualquier peligro para la vida, el cuerpo o la salud, ni tenía una naturaleza urgente, que no permitiese posponer la misma para un momento posterior después

²⁵ *Vid. [sentencia](#).*

²⁶ Al respecto, DIAS PEREIRA, A.G.: “A consagração da responsabilidade médica por violação do consentimento informado no STJ – Ac. Do STJ de 2.6.2015”, *CDP*, 53, 2016, pp. 78 y ss.

²⁷ Analiza el STJ si se da un consentimiento tácito, presunto o hipotético, llegando a una conclusión negativa.

de la obtención del consentimiento informado de la paciente”, añadiendo el Tribunal que “de acuerdo con la ley y con la ética médica, el médico debe dar prioridad a la posibilidad de elección del paciente frente a la incomodidad de repetir la intervención”

El STJ señala que “la obligación de indemnizar existe incluso si la operación no autorizada no causa daños a la salud. La ley no exige la causación de daños para conceder una indemnización en sede de Derecho civil, pues la finalidad del consentimiento informado no es evitar lesiones a la salud o al cuerpo del paciente, sino salvaguardar su autodeterminación y el derecho a disponer de su propio cuerpo. La violación de estos derechos traduce, en sí misma, un daño no patrimonial, con independencia de la producción de otros daños patrimoniales o no patrimoniales que deriven de la intervención médica no consentida por el hecho de la inobservancia de las *leges artis*”²⁸.

Pocos días después, se dicta por el STJ una nueva sentencia que va en la misma dirección (si bien, no condena por no apreciar vulneración del consentimiento informado). Así, se dice en el *Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça* de 16 de junio de 2015²⁹ (Magistrado Ponente Sr. Mario Mendes) que “al verificarse una situación de intervención médico-quirúrgica no autorizada o no válidamente informada (por tanto, ilícita) estaremos sin duda, *tout court* e independientemente de otros daños resarcibles, ante un daño no patrimonial autónomo indemnizable”. Esta sentencia distingue claramente entre los casos en que el derecho a la indemnización surge del error médico y los casos en que la causa de pedir se funda en la violación del deber de información y consecuente ausencia del consentimiento informado o vicio de consentimiento. Además, se efectúa un detenido análisis de la cuestión de la carga de la prueba de la prestación de información, afirmándose que compete al médico probar que prestó las informaciones debidas.

Conviene señalar, sin embargo, que el Derecho portugués no integra en la *lex artis* el deber de informar del médico, lo que se confirma con la lectura de estas dos sentencias.

BIBLIOGRAFÍA

ALEMANY, M.: “El paternalismo médico”, en *Derecho Sanitario y Bioética. Cuestiones actuales* (coords. M. GASCÓN ABELLÁN, M.C. GONZÁLEZ CARRASCO y J. CANTERO MARTÍNEZ) Valencia, 2011, pp. 745 y ss.

²⁸ Como ya dijimos, tanto la doctrina como la jurisprudencia portuguesas no incluyen en la *lex artis* la obligación de información del médico.

²⁹ Vid. [sentencia](#).

BARCELÓ DOMÉNECH, J.: “Consentimiento informado en el plano constitucional y civil: las experiencias jurídicas portuguesa y española”, en *Direito na Lusofonia Vol. II. Diálogos constitucionais no espaço lusófono*, 3º Congreso Internacional de Direito na Lusofonia, Braga, 2016, pp. 63 y ss.

CANOTILHO, G., y MOREIRA, V.: *Constituição da República Portuguesa Anotada*, Coimbra, 2007.

DIAS PEREIRA, A.G.: *Direitos dos pacientes e responsabilidade médica*, Coimbra, 2015.

DIAS PEREIRA, A.G.: “A emergencia do Direito da Saúde”, *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, 2016, jul/set, 5(2), pp. 180 y ss.

DIAS PEREIRA, A.G.: “A consagração da responsabilidade médica por violação do consentimento informado no STJ – Ac. Do STJ de 2.6.2015”, *CDP*, 53, 2016, pp. 78 y ss.

GIRÃO, F., y DIAS PEREIRA, A.G.: “O consentimento informado. A norma 15/2013”, en *Escritos de Direito da Saúde. Excelência em Saúde* (coord. A.G. DIAS PEREIRA), Coimbra, Lisboa, 2016, pp. 131 y ss.

ESTEVE PARDO, J.: *Lecciones de Derecho Administrativo*, Madrid, 2015.

GALÁN CORTÉS, J.C.: “Consentimiento informado”, en *Derecho Sanitario y Bioética. Cuestiones actuales* (coords. M. GASCÓN ABELLÁN, M.C. GONZÁLEZ CARRASCO y J. CANTERO MARTÍNEZ), Valencia, 2011.

GUERRERO ZAPLANA, J.: *El consentimiento informado. Su valoración en la jurisprudencia*, Valladolid, 2004.

JÓLLUSKIN, G., TOLDY, T.: “Autonomia e consentimento informado: um exercício de cidadania?”, *Antropológicas*, 2011, núm. 12, pp. 44 y ss.

MAGDALENO ALEGRÍA, A.: “Algunas consideraciones constitucionales en torno a la autonomía del paciente. Sobre la necesidad de adaptar el ordenamiento jurídico español a las garantías de los derechos fundamentales”, en *Autonomía del paciente e intereses de terceros: límites* (dir. M.L. ARCOS VIEIRA), Pamplona, 2016, pp. 309 y ss.

MONTSERRAT QUINTANA, A.: “El derecho a la salud y a las prestaciones sanitarias”, en *Nuevos Derechos fundamentales en el ámbito del Derecho privado* (dir. A. MONTSERRAT QUINTANA), *Cuadernos de Derecho Judicial*, VI-2007, Madrid, 2008, pp. 17 y ss.

PALOMARES BAYO, M., y LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERRANA, J.: *El consentimiento informado en la práctica médica y el testamento vital*, Granada, 2002.

SÁNCHEZ GÓMEZ, A.: “La información al paciente y el consentimiento informado en el Derecho español. Referencia legal y jurisprudencial. La praxis médica”, *Aranzadi Civil-Mercantil*, núm. 8, Diciembre 2014, pp. 97 y ss.

SARDINERO GARCÍA, C.: *Responsabilidad administrativa, civil y penal por falta de información en el ámbito clínico. Criterios indemnizatorios*, Valencia, 2016.

